

NOMBRE DEL PRODUCTO No. 1 Cronograma de actividades aprobado por el supervisor

ANYELITH KATHERINE GÓMEZ CHIMBÍ

Numero de Contrato: 2250251

Objeto del Contrato:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR MÓDULO DEL CURSO VIRTUAL ASINCRÓNICO PARA LA GENERACIÓN DE CAPACIDADES EN TALENTO HUMANO EN SALUD QUE ESTÉ CULMINANDO SU PROCESO DE FORMACIÓN EN INSTITUCIONES FORMADORAS DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DEL PAÍS, EN TEMAS RELACIONADOS CON ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DURANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA CON ÉNFASIS EN VIGILANCIA BASADA EN COMUNIDAD PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, REQUERIDO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, EN EL MARCO DE LAS ACCIONES DEL ACUERDO DE SUBVENCIÓN NO. COL-H-ENTERRITORIO 3042 (CONVENIO NO. 222005), SUSCRITO CON EL FONDO MUNDIAL.

Fecha de Presentación: 9 de diciembre de 2025

	PROCESO PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		Versión: 01	
		FOR-001-0001-001		2019-01-01	

PROCESO O DEPENDENCIA

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

CUARTO DEL CRONOGRAMA

Pruebas serológicas profilácticas para desarrollar métodos del uso de virus atenuados para la generación de vacunas en salud que está culminando en proceso de formulación en instituciones formadoras del personal en salud del país, en temas relacionados con el control y manejo de salud durante situaciones de emergencia con énfasis en vigilancia basada en comunidad para la identificación de enfermedades durante aguas, reportado por el Instituto Nacional de Salud, en el marco de las acciones del acuerdo de entendimiento no. 001-19-00001-001 (punto 10.0001), suscrito con el Fondo Mundial.

1 2 3 4 5 6 7 8

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	RESPONSABLE	NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
Informe									
Productos									
Cronograma de actividades aprobado por el supervisor.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Documento del desarrollo de la unidad temática de Atención Primaria en Salud durante situaciones de emergencia con énfasis en vigilancia basada en comunidad para la identificación de enfermedades durante aguas.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Presentaciones, videos y documentos con la producción de contenidos del módulo Atención Primaria en Salud durante situaciones de emergencia con énfasis en vigilancia basada en comunidad para la identificación de enfermedades durante aguas.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Base de datos crudas y depuradas almacenadas de los eventos reportados (Leptopneumonia y nipa) según los requerimientos de la DUNOSP.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Informe e infografía de los eventos leptopneumonia y nipa según periodicidad y requerimientos de la DUNOSP.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Mapa de seguimiento a comportamientos sexuales y prácticas sexuales, así como el informe de notificación e las entidades territoriales, de acuerdo con periodicidad y requerimientos de la DUNOSP.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Documento y video de la rutina de depuración actualizada y análisis estadísticos de los eventos.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Boletín epidemiológico semanal (BES) en formato establecido por DUNOSP para los eventos leptopneumonia y nipa.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Agendas e informes de Asistencia Técnica y seguimiento a comportamientos sexualmente transmitidos y prácticas sexuales, enmarcados según los requerimientos de la DUNOSP.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Mapa de control de cambios y documento técnico con la propuesta de ajuste a los lineamientos, protocolos, flujos de notificación y sistemas de información de los eventos leptopneumonia y nipa.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Reportes y mapa de zonificación de notificación de leptopneumonia y nipa, según los requerimientos de la DUNOSP.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Documento del informe específico, cuando se requiere, con el análisis de leptopneumonia y nipa de acuerdo con los requerimientos de la DUNOSP.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Presentaciones con análisis integral y completo de leptopneumonia y nipa de acuerdo a requerimientos y periodicidad de la DUNOSP y dirección general.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Formatos para la programación y ejecución de actividades, acciones informativas o otras de acuerdo con los formatos establecidos por el INS.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Lista de asistencia presencial o virtual a uno de acuerdo a periodicidad y programación DUNOSP.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Informe de la gestión para el seguimiento a las alertas tempranas, verificación de notificaciones o rumores de los eventos leptopneumonia y nipa de acuerdo con cronograma y procedimientos establecidos en la DUNOSP para sus eventos.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Informes de atención brotes o epidemias (BITEP) cuando se agencien como disponibles en otros eventos.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Cronograma de disponibilidad en CCG.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								
Otros informes pedidos por supervisor de control o por DUNOSP.	ANASTASIO GARCIA 00000000000000000000								

ANASTASIO GARCIA
00000000000000000000

HENRY SEPULVEDA MEDINA

Henry Sepulveda Medina

Elaborado por:



Firma

Nombre del Consultor: Anyelith Katherine Gómez Chimbi
CC. 1016034802

Aprobado por:



Firma

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Director (a) Técnico (a) cargo de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud (e)
Supervisor(a) de Contrato No. 2250251

NOMBRE DEL PRODUCTO No. 2 Documentos del desarrollo de la unidad temática de Atención Primaria en Salud durante situaciones de emergencia con énfasis en vigilancia basada en comunidad para la identificación de enfermedad diarreica aguda

ANYELITH KATHERINE GÓMEZ CHIMBÍ

Numero de Contrato: 2250251

Objeto del Contrato:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR MÓDULO DEL CURSO VIRTUAL ASINCRÓNICO PARA LA GENERACIÓN DE CAPACIDADES EN TALENTO HUMANO EN SALUD QUE ESTÉ CULMINANDO SU PROCESO DE FORMACIÓN EN INSTITUCIONES FORMADORAS DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DEL PAÍS, EN TEMAS RELACIONADOS CON ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DURANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA CON ÉNFASIS EN VIGILANCIA BASADA EN COMUNIDAD PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, REQUERIDO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, EN EL MARCO DE LAS ACCIONES DEL ACUERDO DE SUBVENCIÓN NO. COL-H-ENTERRITORIO 3042 (CONVENIO NO. 222005), SUSCRITO CON EL FONDO MUNDIAL.

Fecha de Presentación: 9 de diciembre de 2025



GUÍA DIDÁCTICA PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

Introduce el texto aquí

VIGILANCIA BASADA EN COMUNIDAD PARA LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO INICIAL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

Créditos

DIANA MARCELA PAVA GARZÓN

Director General

Elaboró

ANYELITH KATHERINE GÓMEZ

Vigilancia de Enfermedades Endoepidémicas y ETS

Revisó

HENRY SEPULEDA

Vigilancia de Enfermedades Endoepidémicas y ETS

Aprobó

LINA YESSSENIA LOZANO LESMES

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud Bogotá,
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública, especialmente en niños y niñas menores de cinco años, personas mayores y personas con defensas bajas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la morbilidad por EDA en Colombia, se considera enfermedad diarreica aguda el cuadro en el que una persona presenta, en 24 horas, tres o más deposiciones más líquidas o semilíquidas de lo habitual, con una duración menor de 14 días.

Clínicamente se reconocen formas acuosas, formas con sangre y diarrea persistente (de 14 días o más). Esta última requiere estudio y manejo especiales y no se notifica en el evento de morbilidad por EDA. Aunque muchos episodios se resuelven con medidas básicas, una proporción importante de casos en menores de cinco años puede complicarse con deshidratación, desnutrición y muerte si no se detecta y maneja a tiempo.

La vigilancia basada en comunidad permite que vigías y gestores comunitarios identifiquen tempranamente personas con diarrea, detecten grupos de casos en la comunidad (conglomerados o brotes), reconozcan signos de alarma y activen de forma oportuna las rutas de notificación a las autoridades de salud. Esta guía didáctica propone actividades sencillas, lúdicas y participativas para fortalecer estas capacidades en los entrenados y articularlas con el sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) para el evento de morbilidad por EDA (código 998).

Objetivo: Fortalecer las competencias del talento humano en salud que culmina su proceso de formación educativa para la identificación, clasificación, manejo inicial y notificación oportuna de los casos de enfermedad diarreica aguda (EDA), articulando la atención clínica con la vigilancia basada en comunidad (VBC) y el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la morbilidad por EDA en Colombia.

Módulo II. Vigilancia Basada en Comunidad (VBC)
Cantidad de personas por sesión: 20 personas por entrenador o capacitador
Unidad 2.3 Rol del profesional de la salud en la VBC
Tema 1. Definición de caso y clasificación clínica de la EDA

Duración/tiempo (horas/minutos): 60 minutos

Resultado de aprendizaje	Contenidos	Metodología	Recursos/ Materiales	Actividad de refuerzo
Reconocer las características de los casos sospechosos de EDA, e identificar signos y síntomas clave en la anamnesis y el examen físico	Concepto de diarrea y definición operativa de caso de EDA.	Rompecabezas de conceptos: En carteleras grandes se pegan piezas de rompecabezas con frases incompletas. En grupos de 4, los estudiantes reciben tarjetas recortadas con palabras/segmentos de definición y deben completar correctamente cada concepto en la cartelera. Socialización en plenaria. Mapa conceptual mural: Cada grupo construye, en pape kraf, un mapa conceptual de la EDA (definición de caso, tipos de diarrea, signos clave). Los mapas se pegan en las paredes y se hace recorrido de galería. Cierre con aclaración de dudas y relación con el protocolo nacional.	Hojas tamaño carta (blancas y de colores). Carteleras o papel kraf Marcadores de varios colores. Cinta de enmascarar o pegante. Tijeras para recortar tarjetas. Tarjetas impresas con fragmentos de definiciones (EDA, diarrea persistente, disentería).	Tarjeta clínica relámpago: El docente divide a las personas en 3 grupos y entrega a cada uno una tarjeta con un mini-caso (edad, síntomas, días de evolución, tipo de deposición). En 2–3 minutos deben decidir: 1) ¿es caso EDA notificable?, 2) ¿tipo de diarrea?, 3) una pregunta clave de anamnesis que agregarían. Luego se intercambian tarjetas con otro compañero y se comparan respuestas.
Desarrollo del tema Las enfermedades diarreicas ocupan el tercer lugar como causa de muerte en niños menores de 5 años, con 443 832 fallecimientos anuales. Estos cuadros pueden prolongarse varios días y provocar una pérdida importante de agua y electrolitos indispensables para la vida. Antes, la deshidratación intensa y el gran volumen de líquidos perdidos eran, en la mayoría de los casos, el principal motivo de muerte por diarrea. Hoy en día, es cada vez más frecuente que otras complicaciones, como las infecciones bacterianas con compromiso sistémico (septicemias), expliquen una proporción mayor de estos fallecimientos. Los niños con desnutrición, con				

defensas disminuidas y las personas que viven con VIH conforman el grupo con mayor probabilidad de desarrollar cuadros diarreicos graves y potencialmente mortales.

1. Definición de diarrea y caso de EDA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad diarreica aguda (EDA) como la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días (1). La EDA puede ocurrir a cualquier edad de la vida, pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más predispuestos a desarrollar la enfermedad y a presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte.

El Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de morbilidad por EDA en Colombia (evento 998) define como caso de EDA a la “persona de cualquier edad que presenta tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, con duración menor de 14 días”, identificada en consulta externa, urgencias u hospitalización (incluyendo sala de rehidratación).

2. Clasificación clínica de la diarrea

De forma práctica, en la formación clínica se trabaja con tres grandes grupos:

Diarrea acuosa aguda:

Heces líquidas abundantes, generalmente sin sangre.

Duración menor de 14 días.

Causas frecuentes: virus (como rotavirus y norovirus), algunas bacterias toxigénicas (Ej. enterotoxigénicas).

Diarrea con sangre (disentería):

Presencia de sangre visible y, con frecuencia, moco.

Sugiere infección invasiva (Shigella, algunas cepas de E. coli, Campylobacter, Entamoeba histolytica, entre otros).

Se asocia a mayor riesgo de complicaciones y necesidad de evaluación más cuidadosa.

Diarrea persistente:

Duración de 14 días o más.

Aunque no se notifica como EDA en el evento 998, es un marcador de riesgo nutricional e inmunológico, y requiere evaluación especializada.

3. Signos y síntomas clave

En la anamnesis y el examen físico, el talento humano en salud debe indagar y registrar, al menos:

- Características de las deposiciones: frecuencia, volumen, consistencia, presencia de sangre o moco.
- Síntomas asociados: vómito, fiebre, dolor abdominal tipo cólico, tenesmo rectal.
- Estado general: irritabilidad, decaimiento, apetito, capacidad para beber.
- Antecedentes relevantes: Episodios previos de diarrea, inmunizaciones (incluida vacuna contra rotavirus), estado nutricional.
- Exposiciones: agua no segura, alimentos de riesgo, contacto con otros enfermos, viajes recientes.

4. Importancia para la vigilancia

La correcta aplicación de la definición de caso y la clasificación clínica permite:

Un registro consistente en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD).

La detección de tendencias y conglomerados de EDA en el tiempo.

La identificación de formas graves (disentería, diarrea persistente) que pueden requerir respuesta más rápida y articulación con vigilancia de ETA o de mortalidad en menores de 5 años.

Tema 2. Factores de riesgo y formas de transmisión de la EDA

Duración/tiempo (horas/minutos): 60 minutos

Resultado de aprendizaje	Contenidos	Metodología	Recursos/materiales	Actividad de refuerzo
Reconoce y analiza los principales factores de riesgo individuales, familiares, ambientales y comunitarios, así	Formas de transmisión, factores de riesgo ambientales y comunitarios y determinantes sociales	Mapa de riesgos en cartelera: Se divide el grupo en 3–4 equipos. Cada equipo recibe una cartelera donde dibuja un barrio/comunidad (casas, escuela, puesto de salud, río, tanque de agua, basurero).	Kraf o papel periódico (mínimo 3–4). Hojas blancas y de colores tamaño carta. Marcadores gruesos de varios colores.	Tarjeta de riesgo personal: Cada estudiante recibe una tarjeta donde escribe un escenario real observado durante sus prácticas (ej. manejo de agua, alimentos,

como las formas de transmisión.		El docente entrega tarjetas ilustradas con diferentes situaciones: “agua sin hervir”, “pozo sin tapa”, “niño sin lavado de manos”, “basura acumulada”, “lactancia materna exclusiva”, “letrina funcional”, “lavado de manos con jabón”. Los equipos pegan en su mapa, con color rojo para factores de riesgo y verde para factores protectores, y explican por qué cada situación aumenta o disminuye la transmisión de EDA. Camino del germen – dinámica corporal: En el piso se marca, con cinta o papel, un camino que represente la cadena de transmisión: Heces → Agua/Alimento → Manos/Utensilios → Boca → Intestino → EDA. Se elige a un estudiante para representar al “germen” y a otros para representar cada eslabón	Cinta de enmascarar o pegante en barra. Tijeras. Tarjetas impresas con: Situaciones de riesgo/protección (texto + dibujo simple). Elementos de la cadena de transmisión (heces, agua, alimento, manos, boca, intestino). Post-it o círculos de papel rojo y verde para marcar riesgos y protectores. Esferos o lápices para todos los estudiantes.	saneamiento del servicio, práctica de lavado de manos, lactancia). Debe: Identificar si se trata de un factor de riesgo o de protección para EDA. Explicar brevemente cómo podría modificarse para reducir el riesgo. Las tarjetas se pegan en una cartelera bajo los títulos “RIESGO” / “PROTECCIÓN” y el docente hace un cierre resaltando patrones repetidos.
--	--	--	---	---

		(agua, alimento, manos, boca, intestino). El “germen” va avanzando, y en cada estación el grupo discute qué situación real facilita que el germen pase a la siguiente (ej. no hervir el agua, no lavarse las manos, etc.). En una segunda ronda, el grupo debe proponer cómo “bloquear” el paso del germen en al menos dos eslabones (ej. lavado de manos, cloración/hervido del agua, manejo seguro de heces). Se cierra con una reflexión guiada sobre dónde es más fácil y más difícil romper la cadena en la realidad Termómetro de riesgos: El docente lee o proyecta en voz alta situaciones cortas (“agua almacenada en balde sin tapa”, “madre que da solo pecho los primeros 6 meses”, “niños que comen en la calle alimentos sin refrigeración”).		
--	--	--	--	--

		Los estudiantes se ubican físicamente en una línea del aula que va de “riesgo bajo” a “riesgo muy alto”. Se pide a algunos justificar en voz alta por qué se ubicaron allí, reforzando conceptos de determinantes sociales, ambientales e individuales.		
Desarrollo del tema La enfermedad diarreica aguda (EDA) es una infección del tracto gastrointestinal producida por diferentes agentes etiológicos (virus, bacterias y parásitos), que comparten en común un mecanismo central de transmisión: la vía fecal–oral. Esto significa que los microorganismos presentes en las heces de una persona infectada llegan, directa o indirectamente, a la boca de otra persona a través del agua, los alimentos, las manos o el ambiente contaminado. Comprender esta cadena de transmisión y los factores de riesgo que la favorecen es clave para la prevención, el manejo clínico y la vigilancia en salud pública. De forma simplificada, la cadena de transmisión puede describirse así: Heces de persona (o animal) infectada → agua/ alimento / superficies → manos / utensilios / boca → intestino de una nueva persona → EDA. 1. Vía fecal–oral: La cadena de transmisión se puede imaginar como un recorrido: las heces de una persona enferma contaminan el agua, los alimentos o las superficies; luego, por medio de manos sin lavar, utensilios mal higienizados o prácticas inadecuadas de higiene, los microorganismos llegan a la boca de otra persona y finalmente al intestino, donde producen el cuadro clínico de EDA. En la vida real, este proceso se materializa cuando se consume agua que no ha sido hervida o desinfectada, cuando los alimentos se preparan o sirven con manos sucias, cuando se almacenan en condiciones inadecuadas o cuando niños pequeños juegan en suelos contaminados				

y se llevan las manos a la boca. Entornos institucionales como guarderías, colegios, hogares geriátricos, cárceles o albergues también favorecen la transmisión persona a persona cuando no existe una cultura sólida de lavado de manos y limpieza de superficies. En la práctica clínica y comunitaria, la mayoría de los episodios de EDA son el resultado de varios mecanismos combinados: agua insegura, manipulación inadecuada de alimentos, higiene deficiente de manos y saneamiento básico insuficiente.

2. Factores de riesgo ambientales y comunitarios

Los factores de riesgo ambientales y comunitarios crean el escenario que facilita esta cadena. En muchos municipios y zonas rurales, el acceso a agua segura es limitado: no hay acueducto formal, el suministro es intermitente o la población depende de fuentes superficiales y pozos sin protección. A esto se suma el saneamiento inadecuado: ausencia de baños o letrinas, defecación al aire libre, pozos sépticos en mal estado o redes de alcantarillado colapsadas. La disposición de basuras cerca de las viviendas y de los cuerpos de agua, junto con la presencia de moscas, cucarachas y roedores, contribuye a que los patógenos circulen entre heces, alimentos y superficies. Cuando estas condiciones se combinan con hacinamiento y urbanización desordenada, el resultado es un terreno fértil para la EDA, especialmente en menores de cinco años.

Estos factores no solo favorecen la transmisión cotidiana de EDA, sino que también aumentan la probabilidad de conglomerados y brotes, por ejemplo, cuando varias familias comparten la misma fuente contaminada de agua o cuando un centro educativo no cuenta con sanitarios suficientes ni lavamanos funcionales para los niños.

3. Factores de riesgo familiares e individuales

Dentro del hogar, los factores familiares e individuales terminan de definir el riesgo. La ausencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, la introducción temprana de alimentos o fórmulas preparados con agua no segura y el uso de teteros o biberones mal lavados aumentan la probabilidad de infecciones intestinales en los lactantes. Además, las prácticas de higiene inadecuadas —como no lavarse las manos con agua y jabón después de ir al baño, después de cambiar pañales o antes de preparar alimentos y comer— permiten que la materia fecal (incluso en cantidades invisibles) se traslade fácilmente a la comida, los utensilios o la boca de otros miembros de la familia. El estado nutricional también juega un papel crítico: los niños desnutridos y las personas con inmunosupresión no solo se enferman con más facilidad, sino que tienden a presentar cuadros más graves, persistentes o complicados. Finalmente, los esquemas incompletos de vacunación, particularmente frente a rotavirus en menores de cinco años, se traducen en mayor riesgo de diarrea grave y hospitalización.

Estas variables refuerzan la importancia de que el talento humano en salud, durante la atención, explore no solo el cuadro clínico, sino también el contexto familiar y las prácticas de cuidado: cómo preparan y almacenan el agua, cómo alimentan a los niños, cómo disponen de las excretas y cómo es la dinámica de higiene en el hogar.

4. Determinantes sociales de la EDA y grupos vulnerables

La EDA no se distribuye de forma homogénea en la población. Afecta con mayor intensidad a quienes viven en condiciones de desigualdad social. Entre los determinantes sociales más relevantes se encuentran:

- Pobreza y desigualdad de ingresos: limitan el acceso a vivienda adecuada, agua segura, alimentos de buena calidad y servicios de salud.
- Bajo nivel educativo: dificulta la comprensión y la adopción de prácticas preventivas, como el lavado de manos, la desinfección del agua o la manipulación segura de alimentos.
- Ruralidad dispersa y comunidades étnicas: muchas veces alejadas de los servicios de salud, con menores coberturas de agua potable, saneamiento y vacunación.
- Contextos de conflicto, migración y emergencia humanitaria: suelen asociarse con hacinamiento, saneamiento precario, interrupción de servicios públicos y barreras para la atención en salud.

En consecuencia, los grupos más vulnerables a EDA grave y mortalidad son:

- Niños y niñas menores de cinco años (especialmente menores de 2 años).
- Personas con desnutrición, enfermedades crónicas o inmunosupresión.
- Población que vive en asentamientos informales, áreas rurales dispersas o territorios con baja cobertura de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras.
- Para la vigilancia en salud pública, esto implica que la EDA no solo se debe mirar como un evento clínico aislado, sino como un reflejo de las condiciones de vida de las comunidades.

5. Implicaciones para el talento humano en salud y la VBC

Conocer los factores de riesgo y las formas de transmisión de la EDA tiene varias implicaciones prácticas para el talento humano en salud:

En la atención individual:

- Integrar en la historia clínica preguntas sobre fuente de agua, manejo de excretas, prácticas de higiene, lactancia y vacunación.
- Utilizar estas respuestas para orientar mensajes educativos personalizados (por ejemplo, cómo hervir o desinfectar el agua, cómo mejorar el lavado de manos, cómo manipular alimentos).

En la vigilancia y detección de conglomerados:

- Identificar patrones: varios casos de EDA en la misma familia, manzana, vereda, escuela o guardería.
- Alertar al responsable de vigilancia cuando se sospeche un origen común (agua, alimento, institución).
- Reconocer que las alertas provenientes de la vigilancia basada en comunidad (VBC) —por ejemplo, de vigías o líderes comunitarios— suelen estar ligadas a estos factores de riesgo ambientales y sociales.

En la educación para la salud y la articulación comunitaria:

- Diseñar mensajes y actividades que no solo hablen de “lavado de manos”, sino que expliquen en qué momentos, cómo y por qué rompe la cadena de transmisión.
- Trabajar en conjunto con líderes comunitarios, escuelas, comedores y otros actores para promover cambios sostenibles en agua, saneamiento, higiene y alimentación infantil.

Tema 3. Articulación entre atención clínica, Vigilancia basada en comunidad (VBC) y vigilancia en salud pública.

Duración/tiempo (horas/minutos): 60 minutos

Resultado de aprendizaje	Contenidos	Metodología	Recursos/materiales	Actividad de refuerzo
Integra la atención clínica de la EDA con la VBC y el sistema de	Estructura básica de Sivigila y ubicación del evento EDA (código 998).	Ruta de notificación en mural: En cartelera grande se dibuja una “carretera” de la notificación (del paciente al INS). Los grupos reciben tarjetas con actores (UPGD, EPS,	Cartelera grande marcadores. Tarjetas con nombres de actores del sistema de vigilancia (UPGD,	Se realizará una actividad en la que se colocarán los 5 pimpones en una bolsa o recipiente. Cada participante deberá

vigilancia en salud pública.	Flujo de información y comunicación de riesgo.	Secretaría de Salud, INS, vigías comunitarios) y acciones (diagnosticar, registrar, consolidar, analizar, responder, alertar, notificar). Deben pegarlas en orden correcto en la “carretera” y explicar su función. Juego de tarjetas “¿Es brote o no?”: El docente entrega tarjetas con escenarios (varios casos en una guardería, casos dispersos con antecedente de agua contaminada, etc.). En grupos, deciden si es caso aislado, conglomerado o brote; y qué ruta de notificación y respuesta se activa. Socialización en plenaria.	EPS, Secretaría de Salud, INS, vigías comunitarios.). Tarjetas con acciones de vigilancia (diagnosticar, registrar, consolidar, analizar, responder, alertar, notificar). Tarjetas con escenarios clínico-epidemiológicos. Cinta adhesiva, esferos y hojas de trabajo para cada grupo	tomar uno. Para responder una de las preguntas cortas (¿cuándo notificar?, ¿a quién?, ¿qué mínimo de datos debe registrar?, ¿cuándo sospechar brote?, ¿cómo se relaciona con VBC?). El moderador recoge y retroalimenta los puntos clave.
------------------------------	--	---	---	---

Desarrollo del tema

1. El evento EDA en el sistema de vigilancia

La morbilidad por EDA es un evento de vigilancia de carácter obligatorio, de notificación colectiva y semanal en todas las UPGD del país (independientemente del nivel de complejidad). La información se consolida y analiza en los niveles municipal, departamental y nacional para:

- Describir tendencia de EDA.
- Detectar aumentos inusitados y conglomerados.
- Orientar acciones de prevención y control.

2. Conceptos de caso individual, conglomerado y brote

Caso individual: Persona de cualquier edad que presente tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, con hasta 14 días de duración. Se deben notificar los casos que se identifiquen tanto en consulta externa, urgencias y hospitalización (se considera hospitalizado toda persona de cualquier edad ingresada a la sala de rehidratación).

Conglomerado: agrupación de casos en un mismo espacio (familia, institución, barrio) en un periodo corto, que llama la atención del equipo de salud o de la comunidad.

Brote de EDA: incremento inusual del número de casos en relación con el comportamiento esperado, o aparición de dos o más casos relacionados en tiempo, lugar y persona, con evidencia de posible transmisión común.

Es importante resaltar que, si el brote o conglomerado de casos de EDA están directamente relacionado con el consumo de alimentos con una fuente común en tiempo y lugar, se deberá realizar la notificación como brote de Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) a través de la ficha colectiva del evento (Código 349)

3. Vigilancia basada en comunidad (VBC) y EDA

La vigilancia basada en comunidad se entiende como la identificación y notificación sistemática de eventos de interés en salud pública que ocurren en la comunidad, realizada por sus propios integrantes. Este enfoque es participativo, pues vincula activamente a los miembros de la comunidad en la observación y reporte de situaciones o posibles casos. Además de recolectar información sobre el comportamiento de los eventos, busca comprender mejor el contexto y las condiciones de salud locales. En este sentido, el INS publicó en 2023 los manuales de “Vigilancia basada en comunidad” con el fin de orientar la adopción o adaptación de procesos para identificar riesgos mediante esta estrategia.

El propósito central de este tipo de vigilancia es detectar de manera temprana alertas emitidas por la comunidad o por fuentes secundarias, como el monitoreo de medios, así como identificar situaciones de interés en salud pública y cambios en los motivos de consulta que alteren la tendencia habitual de los eventos. Estas señales deben ser analizadas y verificadas por el personal de salud, quien, al confirmar que se cumple la definición de caso, realizará el respectivo ingreso al SIVIGILA. En el caso particular de la EDA, es clave brindar a la comunidad información sencilla, clara y específica sobre sus características, de modo que pueda reconocerla y buscar atención médica a tiempo.

En los eventos estrechamente relacionados con factores ambientales —como la calidad del agua para consumo, el manejo de excretas y la disposición adecuada de residuos— se requiere una vigilancia específica, ya que una gestión inadecuada puede desencadenar brotes. Esta vigilancia puede ser participativa, a través de vigías que identifiquen y reporten situaciones inusuales, y también pasiva, en la que el personal responsable recibe, valida y confirma la información suministrada por dichos vigías. Para el

caso de la EDA, los agentes comunitarios deberán prestar especial atención a la presencia de personas con malestar general y abdominal (cólicos, “retortijones”), vómito, deposiciones líquidas (más de tres en el día), fiebre y signos de deshidratación. En los niños, pueden observarse además sed intensa, rechazo de alimentos, evacuaciones frecuentes, llanto fácil e irritabilidad. La EDA puede ser de origen viral, bacteriano o parasitario y suele asociarse a alimentos o agua contaminados, por lo que es importante revisar lo consumido recientemente y la fuente de agua.

Asimismo, se deben identificar signos de alarma que requieren consulta inmediata en un servicio de urgencias: ojos hundidos, deposiciones líquidas con sangre, “vomita todo” (al menos cuatro episodios de vómito en las últimas cuatro horas), fiebre de 40 °C, convulsiones, somnolencia o dificultad para despertar. Ante la presencia de estas manifestaciones, el cuidador debe llevar de inmediato al menor al servicio de salud más cercano. Los gestores comunitarios, por su parte, se articularán con el sistema de información mediante la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (Revcom) para la notificación de alertas y de situaciones de interés en salud pública.

El talento humano en salud debe:

Escuchar y valorar los reportes de la comunidad.

Canalizar la información hacia los referentes de vigilancia municipal.

Retroalimentar a la comunidad sobre resultados y acciones de control.

4. Ruta de notificación y rol del talento humano en salud

La morbilidad por EDA (evento 998) es de notificación colectiva y semanal en todas las UPGD del país, pero la detección, el registro y la calidad de la información dependen directamente del talento humano en salud que atiende al paciente en el punto de atención. Para efectos didácticos, la ruta se puede explicar en 6 eslabones, conectando clínica – VBC – Sivigila:

1. Paciente / comunidad (origen de la señal)

El caso puede llegar al servicio de salud, por consulta espontánea del paciente o cuidador, por remisión desde otro servicio, o como resultado de una alerta comunitaria/VBC (vigías, líderes comunitarios, gestores) que reportan aumento de casos de diarrea en un grupo o sector específico.

2. Atención clínica y clasificación del caso en la UPGD

En la consulta (urgencias, consulta externa u hospitalización), el profesional de salud debe:

- Realizar anamnesis y examen físico orientados a EDA.
- Verificar si el cuadro cumple definición de caso de EDA (evento 998): ≥ 3 deposiciones líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, con duración < 14 días.
- Clasificar el cuadro (acuosa, con sangre, persistente) y valorar el grado de deshidratación.
- Iniciar el manejo según guías clínicas (Plan A, B, C u otro adoptado por la institución).

Rol del talento humano en salud:

Registrar en la historia clínica todos los datos clave: edad, procedencia, fecha de inicio, características de la diarrea, manejo indicado. Dejar claro el diagnóstico (EDA, disentería, otra causa) para que pueda ser incorporado al consolidado de EDA en la UPGD.

3. Registro en los sistemas institucionales (UPGD)

Cada consulta, hospitalización o atención por EDA debe quedar registrada en los sistemas de la UPGD (RIPS, sistemas de información institucional, planillas, etc.). A partir de esos registros se construye el conteo semanal colectivo que se notificará a Sivigila.

Rol del talento humano en salud (médico, enfermería, auxiliar):

- Asegurar que el diagnóstico de EDA quede codificado (según CIE-10 vigente y protocolos locales).
- Evitar registros genéricos ("gastroenteritis" sin mayor detalle) cuando el caso cumple definición de EDA.
- Informar al responsable de vigilancia de la UPGD cuando observe aumento inusual de consultas o características inusuales (muchos menores de 5 años, diarrea con sangre, casos en una misma institución, etc.).

4. Consolidación interna y notificación semanal al nivel municipal/departamental

En cada UPGD, el responsable de vigilancia (a menudo enfermera(o) epidemiólogo o referente de vigilancia) consolida los casos de la semana de acuerdo con la definición del evento 998.

Pasos claves:

- Revisar los registros de consulta, urgencias y hospitalización (menores de 5 años y otros grupos).
- Aplicar la definición de caso y contar los casos que cumplen criterio de EDA.
- Diligenciar la ficha colectiva de morbilidad por EDA (código 998), donde se consignan los totales por grupo de edad, sexo, procedencia, etc.
- Enviar la notificación semanal al nivel municipal o distrital dentro del plazo establecido por la normatividad de Sivigila.

Rol del talento humano en salud:

- Brindar información clara al responsable de vigilancia sobre casos atendidos y dudas diagnósticas.
- Participar en las reuniones internas donde se revisan los eventos priorizados (IRA, EDA, desnutrición, etc.) y se validan los datos antes de la notificación.
- Cuando se desempeñan funciones de vigilancia, verificar coherencia entre historia clínica – RIPS – consolidado EDA para evitar subregistro o doble conteo.

5. Respuesta e intervención en salud pública

A partir del análisis, se pueden activar diferentes tipos de respuesta:

Respuesta rutinaria: reforzar educación en EDA, revisar prácticas de rehidratación en servicios, búsqueda activa institucional.

Respuesta ante incremento inusitado o brote:

- Investigación de campo (confirmar casos, describir tiempo–lugar–persona).
- Revisión de fuentes de agua, saneamiento y alimentos.
- Coordinación con otros sectores (acueducto, saneamiento, educación).
- Comunicación de riesgo a familias y comunidad.

Rol del talento humano en salud:

- Participar en las investigaciones de campo (generando una correcta y completa información de la historia clínica).
- Implementar en el servicio las acciones correctivas (mejorar triage de EDA, asegurar sala de rehidratación, priorizar menores de 5 años con signos de riesgo).

- Acompañar procesos de educación a la comunidad (charlas, carteleras, trabajo con vigías) que se deriven del análisis y las recomendaciones de los niveles municipal/departamental/nacional. tención clínica y registro: el profesional identifica y registra los casos en los sistemas de la UPGD.
- Consolidación interna: el responsable de vigilancia del servicio consolida los datos de la semana.
- Notificación al nivel municipal/departamental: según el flujo de información Sivigila.

Análisis y respuesta: los niveles territoriales analizan tendencias y activan acciones de prevención y control (campañas, intervenciones de agua y saneamiento, investigación de brotes).

Bibliografía

Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad por enfermedad diarreica aguda (evento 998). Versión 2024.

ins.gov.co <https://doi.org/10.33610/TISY1209>

Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias – Universidad de Antioquia. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. GPC-EDA.

https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Prof_Sal_EDA.pdf

Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas – ficha informativa 2024. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease?utm_source=chatgpt.com

INS. Ficha colectiva de notificación – Morbilidad por EDA código 998. https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/sivigila/FichasdeNotificacion/Datos%20colectivo.pdf?utm_source=chatgpt.com

INS. Guía para la vigilancia por laboratorio de EDA y ETA de origen bacteriano. https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/gu%C3%ADa-para-la-vigilancia-por-laboratorio-de-eda-y-eta-de-origen-bacteriano.pdf?utm_source=chatgpt.com

Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional IRA-EDA, 2023.
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/programa-nacional-ira-eda-2023.pdf?utm_source=chatgpt.com

Ardila CJZ. **Determinantes sociales de la enfermedad diarreica aguda.** Universidad del Rosario.
<https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/ff1bc23d-c8b0-483d-a4d5-aff1f1497f79/content>

Rodríguez YCC et al. **Relación entre calidad del agua y mortalidad por enfermedades diarreicas en Colombia.**
https://epidemiologiains.org/index.php/ren/article/view/167/198?utm_source=chatgpt.com

Anexos

Tema 1. Definición de caso y clasificación clínica de la EDA

Frase 1: persona de cualquier edad que presenta tres o más **evacuaciones** líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, con duración menor de **14 días**.

Frase 2: Disentería; presencia de **sangre** visible y, con frecuencia, **moco**.

Frase 3: Síntomas asociados: **vómito**, fiebre, **dolor** abdominal tipo **cólico**, tenesmo rectal.

Frase 4: Exposiciones: **agua** no segura, alimentos de riesgo, contacto con otros **enfermos**, **viajes** recientes.

evacuaciones

14 días

enfermos

sangre

moco

vomito

viajes

Colico

Dolor

Agua

Mini-caso 1

Niño de 18 meses que consulta por cuadro de tres días de evolución de deposiciones líquidas, amarillentas, en número de cinco a seis al día, sin sangre visible. La madre refiere que el niño ha presentado dos episodios de vómito al inicio del cuadro, que ahora han disminuido, y no ha tenido fiebre medida, pero lo nota “un poco más decaído y con menos apetito”. Continúa recibiendo lactancia materna, aunque ha comido menos sólidos de lo habitual. Ha orinado menos veces que otros días, pero todavía moja el pañal varias veces. No hay otros enfermos en la casa, y el agua que consumen la hierven “algunas veces, pero no siempre”.

Mini-caso 2

Escolar de 7 años, previamente sano, que consulta por 24 horas de diarrea con sangre. La madre describe cuatro deposiciones en el último día, de poca cantidad, blandas con moco y estrías de sangre roja, acompañadas de dolor abdominal tipo cólico y sensación de “ganas de ir al baño” aunque salga poco (tenesmo). Refiere fiebre subjetiva, sin medición exacta, y disminución clara del apetito. El niño se ve incómodo pero responde adecuadamente, ha tomado pequeños sorbos de líquido, y no ha presentado vómito. En la escuela le comentaron que otro compañero del mismo curso también ha tenido “diarrea fuerte” desde hace dos días.

Mini-caso 3

Niño de 3 años llevado a consulta porque, según la abuela, desde hace 16 días presenta deposiciones blandas, no líquidas, de color café claro, en número de dos a tres al día, sin sangre ni moco visibles. No hay vómito ni fiebre, pero la cuidadora está preocupada porque “se ha adelgazado” y come poco. El niño se observa delgado, con algo de palidez, pero activo, sin signos evidentes de

deshidratación. La familia vive en zona rural, consume agua de pozo sin tratamiento y no tiene esquema de vacunación completo para su edad. No refieren otros miembros del hogar con diarrea en este momento, aunque comentan que hace unas semanas varios vecinos también estuvieron “con el estómago flojo”.

Tema 2. Factores de riesgo y formas de transmisión de la EDA



Tema 3. Articulación entre atención clínica, Vigilancia basada en comunidad (VBC) y vigilancia en salud pública.

UPGD

EPS

Secretaría de Salud

INS

vigías comunitarios

RESPONDER

NOTIFICAR

ALERTAR

ANALIZAR

DIAGNOSTICAR

REGISTRAR

CONSOLIDAR

Juego de tarjetas “¿Es brote o no?”:

Escenario 1: En una vereda rural, el puesto de salud atiende a un niño de 2 años con diarrea acuosa de tres días de evolución, sin sangre, con signos leves de deshidratación. La madre refiere que nadie más en la casa está enfermo, que siempre hierven el agua antes de consumirla y que el niño tiene sus vacunas al día, incluida la de rotavirus. En las últimas semanas, el personal de salud no ha

observado un aumento especial de consultas por diarrea en esa zona. La familia no reporta casos similares en vecinos cercanos ni en el centro infantil al que el niño asiste ocasionalmente.

Pregunta para el grupo: ¿Este evento se interpreta como un caso aislado, un conglomerado o un brote? ¿Qué acciones de vigilancia y VBC serían pertinentes?

Escenario 2: En un jardín infantil urbano, la coordinadora llama al centro de salud porque en dos días se han enfermado tres niños de entre 3 y 4 años con diarrea líquida, vómito y malestar general. Los casos iniciaron con pocas horas de diferencia. Las educadoras comentan que los tres niños pertenecen a grupos diferentes, pero todos consumieron el mismo refrigerio distribuido por el programa de alimentación escolar. En las familias de los niños no se han identificado otros enfermos y el servicio de salud del sector reporta que, fuera de estos tres niños, no ha visto un aumento marcado de EDA esa semana.

Pregunta para el grupo: ¿Se trata de un caso aislado, un conglomerado o un brote? ¿De qué tipo podría ser (EDA general, posible ETA)?

Escenario 3: En un barrio de la periferia de una ciudad intermedia, el centro de salud nota que durante las últimas tres semanas han aumentado las consultas por EDA en menores de cinco años. Habitualmente atendían entre 5 y 7 casos semanales; sin embargo, en las últimas semanas han registrado 15, 18 y 20 casos respectivamente. Muchos de los niños provienen de manzanas cercanas a un caño a cielo abierto donde algunas familias descargan aguas residuales. Un vigía comunitario informa que varios hogares tienen problemas con el servicio de acueducto y almacenan agua en tanques sin tapa. Los canales endémicos del municipio sugieren que la curva de EDA se está saliendo del comportamiento esperado para esa época del año.

Pregunta para el grupo: ¿Cómo clasificarías esta situación: casos aislados, conglomerado o brote? ¿Qué acciones deberían promoverse desde el talento humano en salud y desde la VBC?

Escenario 4: En un corregimiento costero, después de una fiesta patronal, 14 personas adultas consultan en menos de 24 horas al puesto de salud por diarrea acuosa intensa, vómito, dolor abdominal y algunos con fiebre. Varios de ellos refieren haber comido pescado frito y ensalada en el mismo puesto de comida en la plaza. Los casos pertenecen a distintas familias, pero todos estuvieron en la celebración la noche anterior. Una lideresa comunitaria que participa como vigía reporta que otras personas se quedaron en casa con síntomas parecidos, pero no han consultado porque creen que “se les pasa solo”.

Pregunta para el grupo: ¿Estamos frente a casos aislados, un conglomerado o un brote? ¿Cómo se integran aquí la vigilancia de EDA y la vigilancia de ETA? ¿Qué pasos seguirías como personal de salud?

Escenario 5: En una vereda de difícil acceso, el auxiliar de enfermería del puesto de salud recibe la visita de un promotor comunitario que informa que en una misma familia hay dos niños (de 3 y 6 años) con diarrea con sangre, fiebre y dolor abdominal intenso. Los síntomas comenzaron con un día de diferencia. La madre comenta que varias familias de la vereda consumen agua de la misma quebrada sin hervirla y que, en la escuela rural, otros niños han presentado “dolor de estómago y deposiciones blandas” en los últimos días, aunque aún no han consultado. El municipio no tiene registros recientes de brotes, pero el área es conocida por sus problemas crónicos de agua y saneamiento.

Pregunta para el grupo: ¿Cómo clasificarías este escenario: casos aislados, conglomerado o brote? ¿Qué acciones inmediatas deberían tomarse desde la VBC y desde la vigilancia en salud pública (notificación, búsqueda activa, investigación de campo, educación, intervención sobre el agua)?

Elaborado por:

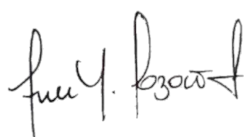


Firma

Nombre del Consultor: Anyelith Katherine Gómez Chimbi

CC. 1016034802

Aprobado por:



Firma

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Director (a) Técnico (a) cargo de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud (e)

Supervisor(a) de Contrato No. 2250251

Bogotá D.C. 9 de diciembre 2025

Señora
ANYELITH KATHERINE GOMEZ CHIMBI
Contrato No. 2250251

Asunto: Autorización pago No. 1 de 2 Contrato No. 2250251

Cordial saludo,

En mi calidad de supervisora técnica del contrato No. 2250251, celebrado en el marco del Convenio Interadministrativo de Colaboración suscrito entre el Instituto Nacional de Salud - INS y la Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial S.A. – ENTerritorio S.A., cuyo objeto es *“Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros que permitan las entidades cooperantes, ejecutar con los recursos provenientes del “Acuerdo de Subvención COL-H-ENTerritorio 3042 (Convenio 222005) las actividades aprobadas por el Fondo Mundial al INS, destinadas al fortalecimiento de la vigilancia Genómica para la región.”*, recibo a satisfacción y previa verificación de los productos 1 y 2:

1. Cronograma de actividades aprobado por el supervisor.
2. Documentos del desarrollo de la unidad temática de Atención Primaria en Salud durante situaciones de emergencia con énfasis en vigilancia basada en comunidad para la identificación de enfermedad diarreica aguda.

Por lo tanto, CERTIFICO mediante el presente oficio que los productos mencionados allegados se encuentran conforme con los PRODUCTOS Y ENTREGABLES contenidas en los términos de referencia del contrato No. 2250251, cuyo objeto es *“Prestar servicios profesionales para desarrollar módulo del curso virtual asincrónico para la generación de capacidades en talento humano en salud que esté culminando su proceso de formación en instituciones formadoras del talento humano en salud del país, en temas relacionados con atención primaria en salud durante situaciones de emergencia con énfasis en vigilancia basada en comunidad para la identificación de la enfermedad diarreica aguda, requerido por el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.”*

En consecuencia, resulta procedente autorizar el primer pago por concepto de honorarios, correspondiente a la presentación de los productos 1 y 2 mencionados anteriormente por la suma de SEIS MILLONES QUINIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS (\$6.525.000) M/CTE.

Cordialmente,



Lina Yessenia Lozano Lesmes

Director (a) Técnico (a) cargo de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud (e)
Supervisor(a) de Contrato No. 2250251

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia